

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1903-1904 — N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC
DES
GROSSES TUMEURS de L'HYPOCONDRE GAUCHE
(Grosse Rate et gros Rein)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond GIAUFFER

Né à Utelle (Alpes-Maritimes), le 12 Septembre 1877.



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, cours Gambetta, 32

1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC
DES
GROSSES TUMEURS DE L'HYPONCHONDE GAUCHE

(Grosse Rate et gros Rein)

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1903-1904 — N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC

DES

GROSSES TUMEURS de L'HYPOCONDRE GAUCHE

(Grosse Rate et gros Rein)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

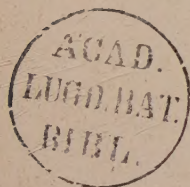
Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond GIAUFFER

Né à Utielle (Alpes-Maritimes), le 12 Septembre 1877.



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, cours Gambetta, 32

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . .		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		X...
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaires M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, *Président*; ROUX, *Assesseur*;

MM. BOYER et BARRAL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, en témoignage
de ma tendre affection et de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MON ONCLE, V. GIAUFFER

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI SOULIER

Professeur de Thérapeutique

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Médecin honoraire des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Ce n'est pas le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs de la rate ou du rein que nous voulons passer en revue dans notre travail. Notre sujet est plus limité. Nous voulons, étant donnée une tumeur volumineuse, le mot tumeur étant pris dans un sens général, née dans le flanc ou l'hypocondre gauche, mais ayant pu envahir une partie de la cavité abdominale, chercher par quels signes nous pourrions la rattacher à la rate ou au rein.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter les moyens de trancher toujours un diagnostic parfois aussi délicat ; nous avons simplement réuni les signes plus ou moins distinctifs qu'apportent les différents auteurs de mémoires ou de traités. Nous avons surtout voulu insister sur des moyens d'examen nouvellement introduits dans la clinique, qui pourront être d'une grande utilité dans les cas difficiles. A ce point de vue, ce travail n'est peut-être pas inutile. La difficulté peut être en effet très grande, et ce n'est qu'après de longues recherches que l'on pourra mettre sur le compte de la rate ou du rein la tumeur que l'on examine,

Un exemple récent, observé dans le service de M. le professeur Bondet, nous a montré combien était difficile cette localisation, et combien nombreuses les recherches nécessaires pour arriver à un diagnostic.

C'est à l'occasion de ce cas que M. Cade, chef de clinique, nous a confié ce travail ; il en a surveillé l'élaboration, nous a dirigé dans nos recherches, ne nous ménageant ni son temps, ni ses conseils.

Nous l'en remercions vivement.

M. le professeur Soulier nous a donné une preuve de confiance en acceptant la présidence de cette thèse. Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

Il est certain que si la tumeur observée a un siège ou un point de départ nettement lombaire, si elle s'est accompagnée d'hématuries spontanées, abondantes, répétées ; si les veines du cordon ont subi un gonflement récent et notable, si la palpation bimanuelle permet d'obtenir le ballottement classique du professeur Guyon, et si la percussion accuse au-devant de la tuméfaction la présence d'une anse du gros intestin, bref, si se trouvent réunis tous les signes classiques de la tumeur rénale, l'hésitation n'est point permise, le diagnostic est aussitôt tranché.

Il en est de même si, au contraire, nous percevons une tumeur à localisation plus haute, plus abdominale, remontant franchement sous les fausses-côtes, rappelant par sa forme, par ses bords et par les incisures de ceux-ci la morphologie splénique, mate à la percussion, donnant parfois des frottements péritoniques à la palpation et s'accompagnant enfin de modifications du sang

caractéristiques. Ici, la tumeur, c'est-à-dire l'augmentation de volume de la rate (puisque c'est dans ce sens que nous entendons ici le mot tumeur) peut être affirmée en toute sécurité.

Dans une clinique récente sur les grosses tumeurs abdominales, M. Chauffard, cherchant s'il se trouvait en présence d'un rein ou d'une rate, nous dit qu'il est arrivé au diagnostic, non par la voie directe, mais par des moyens détournés, tellement détournés, qu'au lieu d'arriver au diagnostic de la maladie par le diagnostic préalable de l'organe malade, il a procédé d'une façon inverse et est arrivé au diagnostic de l'organe malade par le diagnostic de la maladie.

C'est la marche suivie pour l'examen d'un malade du service de M. le professeur Bondet, c'est par l'analyse du sang surtout, et accessoirement par la séparation intra-vésicale des urines que l'on a pu affirmer le diagnostic, et cette tumeur volumineuse, qui remplissait presque toute la cavité abdominale de ce sujet, que l'on aurait pu considérer comme un énorme sarcome du rein, devenait immédiatement et sans appel une splénomégalie. Là encore, c'est le diagnostic de la maladie qui a précédé celui de l'organe malade.

Comme nous le recommande Chauffard, ce qu'il nous faudra éviter avant tout dans un pareil examen, c'est de nous en tenir à un diagnostic de première impression, et ne pas demander au laboratoire et aux autres moyens d'investigation la confirmation de ce diagnostic. « Ce diagnostic de première impression est un diagnostic tout objectif, pouvant tromper les meilleurs cliniciens, il repose en effet sur quelque chose de tout personnel,

savoir : l'impression de palpation, de forme que vous donne l'examen du ventre et ne repose pas sur des données biologiques contrôlées. » Aussi ne faudra-t-il pas négliger les analyses chimiques, les recherches microscopiques, hématologiques, bactériologiques.

Dans notre travail nous passerons en revue et discuterons la valeur clinique des signes différentiels et particulièrement des résultats fournis par les procédés d'exploration nouvellement introduits dans la clinique.

Nos malades étaient des hommes, et l'examen était en somme simplifié ; en présence d'une femme les recherches seraient bien plus longues et les chances d'erreur plus grandes ; que de laparotomies ont été faites pour des tumeurs de l'utérus et de l'ovaire, alors qu'il s'agissait de splénomégalie. Dans notre étude nous avons laissé ces cas de côté, pensant qu'ils nous entraîneraient trop loin.

Après avoir rapporté l'observation de notre premier malade, observation très intéressante surtout par l'erreur commise, malgré les nombreuses recherches et les examens faits par plusieurs cliniciens ; nous exposerons dans une seconde partie tous les signes distinctifs des tumeurs de la rate et du rein ; cette étude nous amènera tout naturellement à citer les deux observations intéressantes où cette discussion diagnostique eut lieu.

Alors que notre travail était à peu près terminé, M. le docteur Delore a eu l'obligeance de nous communiquer une observation très intéressante que nous rapportons. Dans ce cas, il s'agissait d'un kyste hydatique de la rate ; avant l'opération, on avait porté le diagnostic de tumeur du rein.

OBSERVATION I (Due à l'obligeance de M. Cade).

G. P., 19 ans, charron, né à Vonnas, entré le 10 février 1903, à la salle St-Augustin, mort le 30 mars 1903.

Diagnostic : Splénomégalie, probablement d'origine tuberculeuse.

Vérification à l'autopsie : Tumeur du rein (sarcome), généralisation surtout hépatique et pulmonaire.

A. H., son père est mort d'une attaque ; sa mère est vivante et bien portante. Il a deux sœurs, vivantes et jouissant d'une bonne santé.

A. P., Lui-même s'est habituellement bien porté, il n'a pas d'habitudes alcooliques, n'a pas eu de syphilis. Dans l'enfance, il n'a pas eu d'otorrhée, ni d'adénites cervicales. Cependant à l'âge de deux ans, il eut une bronchite. Il raconte que vers l'âge de douze ans, il fut assez anémique pendant quelques mois à l'époque des fortes chaleurs. A 17 ans, il a eu un « embarras gastrique » qui dura une quinzaine de jours. Ce n'est pas un toussueur, il n'a pas de bronchites tenaces, il n'a jamais eu d'hémoptysies. Bien que n'ayant jamais quitté son pays natal, Vonnas, il n'a jamais été atteint par le paludisme.

En décembre 1901, il fit un séjour à l'hôpital, on lui fit à cette époque une cure radicale de hernie.

Affection actuelle : Le malade fait remonter le début de son affection actuelle au mois de novembre 1902. A cette époque il fut pris de douleurs dans le flanc gauche, douleurs qu'il compare à celles produites par un lumbago.

Vers le milieu de décembre, il s'aperçut que son appétit et ses forces diminuaient. C'est aussi à la même époque qu'il vit son ventre se ballonner.

Pourtant il continuait encore à faire son travail pénible, il le continua jusqu'à la fin janvier et ce n'est qu'à bout de forces qu'il s'alita.

Depuis les derniers jours de décembre, le malade a des crachats sanglants semblables à ceux qu'il présente actuellement.

Vers la même époque était apparu un symptôme nouveau ; le malade s'aperçut qu'il avait un varicocèle gauche, du reste peu considérable.

Le malade vit son médecin, M. Perret, à plusieurs reprises ; la première fois vers le milieu de décembre ; il retourna consulter entre le 5 et le 10 janvier, puis à la fin janvier, et enfin dans les premiers jours de février. C'est dans le cours de cette dernière visite, que le médecin s'aperçut que le malade était porteur d'une tumeur dans le flanc gauche, tumeur qu'il localisa au rein.

Le malade a considérablement maigri depuis le début de sa maladie. Autrefois, il pesait 69 kilogs.

Le 25 janvier son poids était de	68 kilogs
Le 6 mars	— — 55, 800
Le 14 mars	— — 53, 600

Actuellement : Le malade est amaigri, un peu pâle, ses lèvres, ses gencives sont décolorées, les pommettes sont rouges au moindre effort.

Son crachoir contient des crachats gommeux, adhérents au vase, avec des parcelles sanglantes, sans pus, rappelant un peu les crachats d'infarctus.

Poumons. — Dyspnée légère (26 à 9 h. — 40 à 11 h.). A la base gauche, la percussion nous donne de la matité, les vibrations sont diminuées, il y a un peu de flot. Il y a de l'obscurité respiratoire, mais ni souffle, ni œgophonie nette.

Au sommet gauche en avant et en arrière : matité, vibrations exagérées à la main et à l'oreille, respiration rude et soufflante.

A la base droite : frottements de périhépatite qui s'étendent très bas, au-dessous même du thorax. A ce niveau le malade a un point de côté.

Dans toute l'étendue des deux poumons on a de plus des râles inspiratoires sous-crépitanls qui paraissent groupés en petits foyers et qui ne s'accompagnent pas de signes de bronchite. Ces râles sont surtout abondants à la base droite. On en trouve aussi aux

sommets mais sans qu'ils affectent à ce niveau de caractères particuliers.

Au cœur : Rien à noter de particulier, les bruits sont normaux. Le pouls est de tension faible, il était à 110 le matin de son entrée.

Tube digestif : Pas d'appétit, avec léger dégoût pour la viande. La langue est normale ; on n'observe pas actuellement d'hypertrophie amygdalienne, mais le malade dit être sujet aux angines à répétition. Le malade n'a pas de vomissements, pas de diarrhée, ni hémorragie, ni moelenas.

Abdomen : Le ventre n'est pas ballonné, il est peu souple et la contraction des muscles droits gêne beaucoup la palpation. Cependant, on a sous les fausses côtes gauches, une sensation de tumeur volumineuse, mate à la percussion, dont on parvient mal à sentir le rebord. Cette tumeur se continue directement avec la matité splénique, sous les fausses côtes. En bas, la tumeur descend jusqu'à l'ombilic et en dedans elle atteint presque la ligne médiane. La rate mesure environ 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Pas de douleur à la palpation de la tumeur splénique. Le foie est lui aussi augmenté de volume, il mesure 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Il n'existe pas de ganglions, ni aux aisselles, ni au cou, ni aux aines.

Il existe un varicocèle gauche.

La température oscille d'ordinaire entre 37, 8 et 38, 5. Le soir de son entrée, elle était de 39, 5 ; le lendemain matin elle était redescendue à 37, 8.

Pendant toute la durée de son affection, le malade a présenté de la fièvre, sa température oscillait entre 37, 5 le matin et 38, 5 le soir.

Urines : Leur coloration est normale avec un louche à peine visible d'albumine. Le dépôt centrifugé montre seulement un ou deux globules rouges comme dans les urines normales.

Le 26 février 1903, on fait un examen de crachats, mais on ne trouve pas de bacilles de Koch.

Le 1^{er} mars, on fait le séro-diagnostic tuberculeux, il est très positif à 1 pour 15.

Examen du sang fait par M. Cade :

Globules rouges : 3, 521, 600

Globules blancs : $\left\{ \begin{array}{l} 21, 250 \text{ (s. acétique).} \\ 25, 500 \text{ (s. coloré).} \end{array} \right.$

Valeur globulaire $\left(\frac{18}{25} \right)$ au-dessous de 1

Mémoglobine 5 $\frac{1}{2}$ pour 100.

Pourcentage : Polynucléaires neutrophiles.....	75	79.5
— Intermédiaires.....		1.5
— Grands mononucléaires.....	7	18.5
— Lymphocytes.....	16	
— Eosinophiles.....	2	0.5

Quelques normoblastes et mégablastes. Pas d'altération spéciale des globules rouges. Pas de poikilocytose. Pas de myélocytes, avec la coloration au triacide d'Erich.

Le 10, on fait une inoculation de crachats au cobaye, mais il meurt au bout de deux jours.

Par une ponction faite à la rate, on retire un peu de sang, mis en culture, il n'a pas poussé. Sur ce sang ainsi recueilli, M. Cade fait un second examen. Ce sang est assez altéré :

Pourcentage : Eosinophiles.....	1 0/0
— Polynucléaires neutrophiles..	73 0/0
— Intermédiaires.....	3 0/0
— Mononucléaires....	22 0/0

Très peu de petits lymphocytes.

L'examen de ce sang retiré par une ponction, n'a pas montré de bacilles de Koch.

13 mars. On réinocule des crachats.

14 mars. Le malade devient très oppressé ; il présente 50 respirations. Au niveau de la rate, ont apparu de gros frottements sensibles à la palpation.

Le foie paraît encore avoir augmenté de dimensions.

18 mars. Le cobaye inoculé avec des crachats le 13, meurt le 17.

18 mars. M. P. Courmont procède à la recherche du bacille de

Koch dans le sang, par le procédé de Jousset; cette recherche est négative.

20 mars. Le malade se plaint d'un point de côté à droite. A cette base on a des frottements, et un peu de souffle, la matité n'y est pas complète, les vibrations sont exagérées.

Analyse d'urine faite le 20 mars par M. Nicolas. — Volume : 1.100

	Par litre	Par 24 heures
Urée	30 grammes	33 grammes
Acide urique.....	2.39	2 53
Chlorures... ..	6.4	7.04
Phosphates	2.78	3.058

Acide urique	1
Urée	12.5

Pas de bile, de glucose, de nucléo-albumine, d'albumose, ni de peptone. Albumine : 0 gr. 20 par litre environ (Esbach).

26 mars. Le malade est d'une pâleur livide, extrêmement oppressé, mais l'auscultation des poumons ne rend pas compte de l'oppression du malade, on trouve seulement un peu de matité à la base gauche.

27 mars. Aujourd'hui, crachats purulents et striés de sang. Le foie est très gros, il mesure 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Il paraît évident qu'il a augmenté de volume ces derniers temps.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

28 mars. M. Cade pratique un nouvel examen du sang.

Globules rouges.....	1.984.000
Globules blancs.....	25.823

Quelques globules géants, quelques autres nains, altérables, nombreux globules rouges à noyaux. Il y a une très grande diminution de l'hémoglobine, la dilution au 1/100 est insuffisante, au-dessous de l'étalon.

Assez grande quantité de normoblastes

Pourcentage des globules blancs :

Pas d'eosinophiles	
Point de lymphocytes	
Polynucléaires.....	74.2
Mononucléaires.....	24.2
Intermédiaires.....	1.6

Le malade succombe le 30 mars 1903.

L'autopsie est faite le 1^{er} avril, 33 heures après la mort.

Poids des organes: Poumon droit.....	850 gr.
— -- gauche.....	730
— Rate.....	280
— Foie.....	2 k. 850
— Cœur.....	330
— Tumeur rénale gauche....	1 k. 850
— Rein droit.....	200

A l'ouverture de l'abdomen on se rend compte immédiatement, qu'il s'agit d'une volumineuse tumeur du rein gauche, tumeur qui avait refoulé le colon en dehors, ce qui fait qu'elle était immédiatement en contact avec la paroi abdominale (la tumeur fait surtout saillie en haut et en avant), néanmoins quand le colon se distendait, il avait tendance à recouvrir en avant la tumeur. Cette tumeur enlevée pèse 1 k. 850, elle est assez régulièrement arrondie, sauf une grosse bosselure qui siège sur la face antérieure, au milieu à peu près du bord interne, bosselure que l'on sentait pendant la vie. Cette tumeur est parfaitement encapsulée, elle adhère au diaphragme, au pancréas, à l'aorte, qui ne sont pas du reste, envahis par le néoplasme, mais seulement adhérents.

La capsule surrénale doit être confondue dans la masse principale, il semble qu'à la partie supérieure et antérieure de la tumeur, on la reconnaisse à sa forme générale, elle est du reste en plein néoplasme, un fragment a été mis dans l'alcool.

La tumeur est de consistance un peu molle en certains points, et à sa partie inférieure elle présente une caverne remplie de tissu

ramolli, en bouillie, Partout ailleurs, elle a un aspect charnu et rosé, avec des points hémorragiques, lie de vin.

L'uretère gauche est perméable, on peut l'ouvrir jusqu'au bassinnet celui-ci est obstrué par un noyau lie de vin parti de la tumeur.

Le rein droit est de volume normal, il ne paraît offrir aucune lésion.

Il n'y a pas de ganglions prévertébraux néoplasiques. La rate est un peu augmentée de volume, aplatie et étalée sous les fausses côtes, elle ne présente aucune lésion macroscopique.

Le foie est très volumineux, et bourré de noyaux cancéreux dont quelques-uns font saillie à la surface, surtout sur la face antérieure. Ces noyaux sont facilement énucléables, très friables, en partie ramollis, de couleur rouge vineuse. Leur volume est très variable ; les plus volumineux ont au moins le volume d'une noix. Il y avait aussi de la péri-hépatite, et une symphyse lâche et disséquable unissait le foie au diaphragme.

Au thorax : Un peu de liquide sanguinolent, 30 à 40 grammes, dans chaque plèvre. Quelques adhérences pleurales, filamenteuses, rares, certaines de ces adhérences sont très solides.

La plèvre droite présente dans toute sa moitié inférieure un aspect dépoli et un peu grenu qui justifie les frottements entendus pendant la vie du malade. Les deux poumons sont littéralement farcis de noyaux cancéreux qui semblent avoir détruit plus de la moitié du tissu pulmonaire. Ces noyaux sont de consistance plus ferme que dans le foie, leur volume et leur coloration sont très inégaux.

Rien au cœur, les valvules sont saines, pas de noyaux dans le myocarde.

Au testicule gauche, ou plutôt dans les tuniques celluluses qui l'entourent, on trouve un ou deux noyaux gros comme un pois.

En résumé, il y a une généralisation dans les organes, et pas de généralisation ganglionnaire.

Ainsi, voici un malade dont l'examen a été fait d'une façon approfondie. On a pratiqué des analyses du sang,

de l'urine, on n'a pas négligé de faire le séro-diagnostic tuberculeux, la ponction de la tumeur, la recherche des bacilles de Koch dans les crachats, dans le sang, et malgré tout le diagnostic est resté erroné.

Aurait-il pu en être autrement? Nous le croyons, et dans les pages qui vont suivre, nous allons étudier tous les moyens que la clinique et le laboratoire mettent à la disposition du clinicien pour élucider ces cas difficiles.

CHAPITRE PREMIER

Signes Physiques

Nous voilà donc en présence d'un malade ayant une grosse tumeur abdominale ; cette tumeur a débuté d'une façon insidieuse ; le sujet a eu des douleurs dans le flanc gauche, de la gêne, de la pesanteur ; il a maigri, perdu ses forces. Aucun signe précis pouvant diriger nos investigations ne nous est donné ; pas d'hématurie, pas de coliques néphrétiques, pas d'impaludisme.

En découvrant notre malade, ce qui peut nous frapper tout d'abord, c'est une déformation, une voussure de l'hypocondre gauche. Les côtes peuvent être déjetées en dehors, ce qui élargit le diamètre de la partie inférieure de la cage thoracique, le flanc gauche est lui aussi déformé.

Recherchons les renseignements que peut nous donner la morphologie de la tumeur. La rate en s'hypertrophiant conserve le plus souvent sa forme. S'il s'agit d'une spénomégalie, on sentira donc un corps elliptique, sorte de gâteau allongé, aplati, ayant la même consistance que l'organe, présentant un bord saillant sur lequel

on peut constater des encoches au nombre de une à quatre. Ce bord antérieur est net, aigu, facile à apprécier, car il est en contact immédiat avec la paroi abdominale. Quelquefois, les doigts recourbés en crochets peuvent pénétrer au-dessous de ce bord tranchant avec facilité ; la main qui palpe perçoit une cessation brusque de la tumeur et s'enfonce alors dans la cavité abdominale.

Ces caractères sont ceux que la plupart des auteurs assignent aux splénomégalias. On les observe nettement chez le malade qui fait le sujet de l'obs. II.

Chez notre premier malade, la palpation était d'abord rendue difficile par la contraction des muscles droits, pourtant le bord de la tumeur était mousse, il n'était pas interrompu par des incissures, cela aurait dû mettre en garde contre une erreur possible.

M. le professeur Guyon, enseigne que « les grosses rates sont assez régulières, ovoïdes, offrent quelquefois un bord crénelé caractéristique et surtout se déplacent non pas verticalement, mais en bas et en dedans, dans la direction de l'ombilic. » Gaucher, dans sa thèse de 1882, signale ce dernier fait.

Dans une observation, Moutard-Martin et Lefas décrivent ainsi la tumeur : « Dans l'hypocondre gauche et dans le flanc gauche correspondant, on sent au palper une tumeur de consistance ferme, rappelant par son siège et sa forme, la sensation que donne une rate hypertrophiée. Cette tumeur présente un rebord antérieur nettement délimitable. La main qui palpe perçoit une cessation brusque de la tumeur et s'enfonce dans l'abdomen. Ce bord interne est inégal, les doigts perçoivent

une dépression en forme de scissure, séparant des bosselles assez volumineuses.

Apert donne une description analogue : « En palpant l'abdomen, on tombe sur une tumeur volumineuse semblant émerger de dessous les fausses côtes gauches et descendant en bas et en dedans vers l'ombilic. On la circonscrit facilement, ses bords sont mousses et durs, dessinent un contour ovoïde. Cette tumeur est mate et la matité se continue sous les fausses côtes gauches, jusqu'à la cinquième côte. »

Mais il n'en est pas toujours ainsi, la rate peut être déformée et arriver même à prendre une forme qui la fait ressembler à un rein. Ainsi dans le compte rendu d'une autopsie, Lefas nous dit que la rate affectait la forme d'un croissant à concavité interne, elle était donc réniforme, sa face antérieure était partagée en trois lobes par deux incissures profondes et horizontales sur les lèvres desquelles se branchaient d'autres dépressions moins profondes.

Les tumeurs de cet organe sont mobiles et cela jusqu'au moment où son volume considérable la cale pour ainsi dire dans l'abdomen ; mais on n'a pas le ballottement vrai, car ces tumeurs ne prennent point le contact lombaire.

La palpation révèle souvent l'existence de gros frottements, indice de la périsplénite.

Les tumeurs du rein sont au contraire plus ou moins sphériques ; leur grand axe est en général vertical, tandis que dans les tumeurs de la rate, cet axe est oblique en bas et à droite vers l'ombilic. Un caractère important nous est fourni par le ballottement. Voici ce qu'en dit

le professeur Guyon : « L'étude de l'évolution des tumeurs rénales démontre que si leur développement les oblige à se diriger vers l'abdomen, elles ne cessent pas d'être lombaires. Elles deviennent lombo-abdominales et ne sont purement abdominales que lorsque l'ectopie a précédé la néoformation. Les tumeurs qui ont conservé le contact lombaire ou auxquelles on le fait reprendre sont donc celles qui ont le plus de chance d'être rénales, aussi ne faut-il pas croire qu'il suffise qu'une tumeur de l'abdomen soit mobilisée par des pressions exercées à travers la paroi postérieure du flanc, pour que le ballottement ainsi obtenu mérite d'être appelé rénal.

Il ne peut être ainsi qualifié, nous le répétons, que lorsque la pression qui le détermine a été exercée d'une façon précise dans l'angle costo-vertébral, le plus possible vers le sommet, c'est la condition essentielle. » (Leçons de Guyon, tome II).

Mais dans les conditions où nous nous supposons placé, c'est-à-dire en présence d'une tumeur volumineuse, la tumeur du rein vient au contact de la paroi abdominale et perd ses caractères de tumeur rénale proprement dite ; tout en conservant ses rapports avec la paroi lombaire, la masse néoplasique refoule l'intestin et vient se mettre en contact plus ou moins immédiat avec la paroi abdominale antérieure. D'ailleurs ce signe du ballottement donné comme pathognomonique des tumeurs rénales, peut d'abord être difficile à constater par suite du volume énorme pris par la tumeur, ou bien être obtenu alors que la tumeur ne s'est pas développée aux dépens du rein.

Le Dentu, nous met en garde contre ce signe : « Il peut être produit, dit-il, par toute tumeur dépendant de l'épiploon, du gros intestin, de la rate, à condition que cette tumeur tende à se mettre en contact avec la paroi abdominale postérieure, en même temps qu'elle pointe en avant. Il y a peu-être une autre condition nécessaire, que le rein soit un peu déplacé par en bas, le déplacement jouerait alors un certain rôle dans la production du ballottement, l'organe déplacé servirait d'intermédiaire entre la main qui imprime le choc par derrière, et la tumeur extra-rénale que les transmet par devant, mais je ne suis pas encore en mesure d'être affirmatif à cet égard. Ce signe n'est donc pas pathognomonique, il faut qu'il soit corroboré par d'autres signes de tumeur rénale pour garder une grande importance. Toute contradiction entre les symptômes présentés par le malade, doit le faire considérer comme suspect. »

Durante dans un cas, l'avait très nettement constaté, il avait trouvé de plus une bande sonore en avant de la tumeur, il n'hésita donc pas à porter le diagnostic de tumeur du rein. L'autopsie lui fit reconnaître son erreur, il trouva les reins atrophiés, tandis que la vésicule biliaire était très volumineuse. Cette méprise lui a inspiré les réflexions suivantes : « Depuis que le professeur Guyon, a mis en relief l'importance du ballottement rénal dans le diagnostic des affections de cette glande, on regardait ce signe comme presque pathognomonique et la palpation bi-manuelle lombo-abdominale était la plus grande ressource pour la différenciation clinique des tumeurs abdominales. Il en est de même de la présence d'anses intestinales en avant du néoplasme, qui est considérée

comme un symptôme distinctif important entre les tumeurs rénales, et les tumeurs de la vésicule biliaire, de la rate, etc. Tout semblait donc dans notre observation indiquer un néoplasme sinon rénal, du moins de la capsule surrénale. En effet le ballottement était des plus nets, la tumeur dure, bosselée, était recouverte par des anses intestinales. »

Dans notre Obs. III, ce signe existait, il était même d'une netteté extraordinaire et pourtant le rein n'était pas en cause, comme l'a montré l'opération.

De la palpation de ces grosses tumeurs, nous ne pourrions donc pas tirer de conclusions définitives; ce mode d'examen est insuffisant, il faut le compléter.

Faisons appel à des notions anatomiques. La rate est intra-péritonéale; le rein gauche est au contraire rétro-péritonéal. La rate est normalement en contact avec la paroi abdominale, son développement exagéré, ne peut qu'augmenter ce contact: donc il n'y a pas d'anses intestinales interposées entre la paroi de l'abdomen et la tumeur, et par suite matité absolue.

La tumeur du rein, bridée en arrière par les côtes, les muscles et les aponévroses de la paroi lombaire, ne peut se développer de ce côté, et vient faire saillie en avant en refoulant la masse intestinale. Pourtant, à gauche, la tumeur peut prendre un développement, surtout thoracique, et refouler le diaphragme et la rate; ainsi, Albarran a vu une tumeur du rein gauche qui, au niveau de la ligne axillaire, arrivait par en haut jusqu'au niveau de la septième côte.

En se développant en avant, le rein repousse au-devant

de lui, non-seulement le feuillet péritonéal qui le recouvre, mais aussi le paquet intestinal.

L'intestin grêle, grâce à sa mobilité extrême, peut s'écarter, mais il n'en est pas de même du colon descendant qui est immédiatement en contact avec le rein, et fixé en quelque sorte à sa face antérieure. Aussi, dans les tumeurs du rein gauche, trouve-t-on une anse d'intestin qui le coupe en écharpe, et qui n'est autre que le colon descendant.

Cette anse d'intestin donne de la sonorité, elle est plate si le colon est vide, elle se distend par les gaz, et le malade vous le dit lui-même quand on appelle son attention sur ce sujet ; on peut sentir une corde rouler sous les doigts. Au moment de l'examen, si on ne constate pas cette bande sonore, on tachera de la faire apparaître en insufflant de l'air, à l'aide d'une canule rectale et d'une pompe.

Mais ce signe est beaucoup moins fréquent qu'on ne le croyait ; le colon peut avoir été rejeté en dehors de la tumeur, et c'est ce qui arrive en général dans ces tumeurs volumineuses. C'était le cas pour notre malade, atteint de sarcome du rein, le colon avait été refoulé en dehors et la tumeur était immédiatement en contact avec la paroi abdominale.

Lorsque cette sonorité existe, elle présente de l'importance, elle indique en principe que la tumeur est rétro-péritonéale.

Mais les tumeurs de la rate, ordinairement en rapport avec la paroi abdominale, peuvent par suite d'adhérences ou de développement anormal, en être exceptionnellement séparées par une anse intestinale.

Tillaux, dans ses cliniques, nous dit qu'examinant un homme atteint de tumeur de l'hypocondre gauche et le palper lui ayant révélé l'existence d'un rebord antérieur nettement accusé, il se prononçait pour une tumeur de la rate, mais il trouva une sonorité très marquée en avant de la tumeur.

Voici comment il explique la possibilité de ce signe : « Cette sonorité peut exister à condition que la tumeur ait pris naissance sur la portion de la face interne de la rate située en arrière du hile, elle repousse alors au-devant d'elle le grand cul-de-sac de l'estomac et l'angle du colon qui est rattaché à la rate par le ligament spléno-colique, d'où l'existence d'une sonorité étendue. Mais cette sonorité ne présente pas les mêmes caractères que dans les cas de tumeur du rein, elle est diffuse, ne ressemble pas à l'anse d'intestin souvent appréciable à l'œil et au toucher, qui coupe obliquement la face antérieure de la tumeur rénale ».

La percussion peut-elle nous donner d'autres renseignements ? Dans les cas de tumeur de la rate, la tuméfaction a plus de tendance à faire saillie du côté de l'abdomen que dans la région lombaire. La percussion pourra révéler une matité remontant sur la partie latérale du thorax, laissant de la sonorité dans la région lombaire; tandis que le caractère essentiel de la matité rénale serait de se continuer sans interruption avec celle du rachis. Dirkinson, Moriss avaient pensé y trouver un signe distinctif des tumeurs de la rate, et pour eux l'existence d'une bande sonore entre la colonne lombaire et la tumeur plaide en faveur d'un néoplasme splénique.

Mais les résultats de la percussion lombaire manquent

de précision ; Guyon dit même que lorsqu'on percute la région lombaire d'un sujet néphrectomisé, on n'observe aucune différence entre les deux côtés. Ce signe est pourtant noté dans une observation de Rendu et Vidal : « La tumeur disparaît en haut sous les fausses côtes où la matité à la percussion peut la suivre. En arrière, on constate que la matité s'étend jusqu'au voisinage du rachis ; cependant, une zone de submatité sépare la matité précédente de la ligne médiane vertébrale ». On devra donc rechercher ce signe et lui attribuer une certaine importance s'il est nettement constaté.

Dans l'obs. III, on avait trouvé une bande sonore séparant la matité de la tumeur de celle du rachis ; on n'avait pas attribué une grande importance à cette constatation, puisque le diagnostic de tumeur du rein avait été porté, alors que l'opération a montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la rate.

De l'examen par la percussion, nous retiendrons ceci : si en avant d'une grosse tumeur abdominale, nous mettons en évidence l'existence d'une bande sonore, nos présomptions seront en faveur d'une tumeur du rein ; si la matité de la tumeur se continue en arrière avec celle du rachis, nous verrons, là encore, un signe en faveur d'un néoplasme rénal.

Poursuivons notre examen : en auscultant la tumeur, nous pourrions percevoir un signe que la palpation nous avait déjà révélé ; l'oreille entendra ces mêmes frottements qui sont l'indice de la périsplénite. On dit aussi que dans les cas de tumeur de la rate, l'auscultation fait percevoir un bruit de souffle, ce bruit n'existait pas dans les cas qu'il nous a été donné de voir, il n'était pas noté

non plus dans les diverses observations que nous avons pu lire.

Adressons-nous maintenant à une autre méthode d'exploration, la phonendoscopie : ce mode d'exploration résulte d'une combinaison de l'auscultation et de la percussion modifiée. La percussion est réalisée non par une série de chocs comme de coutume, mais par une série de frottements superficiels. Ces frottements déterminent dans les organes sous-jacents à la zone cutanée qui en est le siège, des vibrations qui varient avec la consistance du viscère considéré. On peut donc délimiter un organe en cherchant la limite de propagation des vibrations qu'on lui communique.

Voici l'opinion de Cestan sur ce procédé : « Il y a un moyen nouveau d'une efficacité réelle : la phonendoscopie. Nous l'avons vu appliquer à la clinique de Necker avec d'excellents résultats. Avec elle, il sera facile de délimiter exactement les contours et la dimension des viscères abdominaux, de rapporter à chacun d'eux ce qui leur revient et de localiser très exactement le siège et les connexions du néoplasme. Mieux que l'exploration manuelle, le phonendoscope pourra quelquefois montrer la présence du rein à côté de la masse néoplasique. Mais ce sera, il faut le dire, la très grande exception ».

Bien que la difficulté soit grande, cet instrument a pu donner, dans des mains expérimentées, de très bons résultats. C'est ainsi qu'Albarran a pu fixer le diagnostic chez un enfant dont la rate augmentée de volume faisait penser à une tumeur maligne d'origine rénale, il est arrivé à délimiter les contours du rein qui présentait son volume normal.

Dans notre obs. II, nous nous sommes adressé à la radioscopie, sans grands résultats d'ailleurs ; cet examen nous a laissé voir une ombre très étendue, que l'on ne pouvait mettre sur le compte d'un rein ou d'une rate.

Chez notre premier malade, on a fait une ponction exploratrice, qui n'a d'ailleurs ramené que du sang. Ce mode d'examen est-il utile, devons-nous l'employer ?

Pas toujours ; s'il peut nous indiquer si la tumeur est liquide ou solide, c'est bien rarement qu'il nous fera faire le diagnostic du siège de cette tumeur. Pourtant, par l'analyse du liquide recueilli, il pourra faire reconnaître la nature rénale de la poche. Mais on sait que le liquide des vieilles hydronéphroses ne contient souvent plus d'urée ; l'acide urique et les matériaux extractifs de l'urine ont disparu ; la ponction permettra de reconnaître un kyste hydatique ; la coloration du liquide extrait, la présence ou l'absence d'urée, d'acide urique, la recherche microscopique des crochets de l'échinocoque, permettront de distinguer un kyste hydatique d'une hydronéphrose ancienne.

Si, comme dans notre cas, la ponction ne ramène que du sang, le diagnostic de tumeur solide est probable, mais nous ne pouvons rien affirmer de plus.

C'est bien rarement que la ponction viendra établir ou confirmer le diagnostic, et comme elle n'est pas exempte de dangers, on pourra souvent la négliger.

CHAPITRE II

Signes Fonctionnels

Nous arrivons maintenant à un ensemble de signes de valeur, sinon supérieure, du moins souvent égale à ceux étudiés précédemment. C'est à eux surtout qu'il faudra avoir recours dans les cas difficiles ; c'est par l'étude des troubles des fonctions de la rate et du rein que nous pourrons arriver à localiser cette tumeur qui fait l'objet de notre diagnostic. L'étude de la fonction nous fera faire parfois « le diagnostic de l'organe malade, par le diagnostic de la maladie. » Il ne faudrait pourtant pas croire que nous pourrions toujours faire le diagnostic de la maladie, mais ce que nous pouvons faire, c'est localiser cette tumeur, dire c'est la rate ou le rein qui est malade ; il nous restera ensuite à chercher la nature de l'affection.

Nous passerons rapidement sur la douleur et divers symptômes de compression qui n'ont rien de pathognomonique, pour insister surtout sur un symptôme de compression important, nous voulons parler du varicocèle, puis sur l'état du sang et celui de la fonction urinaire.

La douleur est un signe fréquent ; tous les malades, atteints de ces grosses tumeurs abdominales, appellent l'attention du médecin sur ce symptôme, qui est souvent le premier en date. Dans les tumeurs du rein, il est déterminé par les tiraillements, les adhérences, par la compression des nerfs du voisinage.

Ces douleurs sont plus ou moins vives, elles peuvent être continues ou paroxystiques ; elles occupent la région lombaire, l'hypocondre, elles irradient vers les testicules, la cuisse, les espaces intercostaux, elles peuvent rappeler les douleurs fulgurantes ; il existe des cas où ce symptôme devient prédominant, Brault en a signalé. Ces douleurs s'expliquent facilement ; elles sont déterminées par la compression des nerfs lombaires et sacrés, de là les irradiations dans les membres inférieurs.

La douleur existe aussi dans la splénomégalie, mais le plus souvent le malade n'éprouve que de la gêne, une sensation de tiraillements, de pesanteur, il y a en général des paroxysmes en rapport avec les poussées de péri-splénite et des périodes d'accalmie. Le siège de cette douleur peut être variable ; elle peut simuler la névralgie intercostale, être abdominale ou bien siéger à l'épaule gauche et à la région scapulaire, cela lorsque la tumeur est en contact intime avec le diaphragme ou a contracté des adhérences avec lui. La splénomégalie a en général un développement thoracique plus marqué que la tumeur du rein, elle refoule le diaphragme et le poumon, il s'ensuit de l'oppression, de la dyspnée, le poumon gauche peut même être refoulé très haut et le cœur être dévié à droite du sternum ; la dyspnée devient alors violente et est entrecoupée de crises d'oppression.

Par son développement abdominal, elle détermine des troubles digestifs, états dyspeptiques, nausées, vomissements, douleurs stomacales, la constipation est habituelle. Le malade se plaint de lourdeur, de pesanteur abdominale.

La palpation réveille quelquefois ces douleurs ; chez le malade de Chauffard, ce mode d'examen était douloureux et laissait après lui un endolorissement prolongé. Notre premier malade ne souffrait pas à la palpation ; le second accusait des douleurs lorsqu'on palpaît en arrière, au niveau de la région lombaire. En dehors de ces douleurs provoquées, nos malades ont peu souffert ; celui qui fait l'objet de l'Obs. I avait ressenti dans les débuts de son affection des douleurs qu'il comparait à celles produites par un lumbago ; le second se plaignait d'une sensation de ballonnement, de pesanteur après les repas.

Le développement de ces grosses tumeurs ne va pas sans d'autres signes de compression, mais la plupart n'ont rien de caractéristique ; si la splénomégalie donne surtout de la dyspnée, de l'oppression, des troubles digestifs, les tumeurs du rein provoquent peut-être plus fréquemment des compressions de la veine cave inférieure avec œdème des jambes. Mais parmi ces symptômes de compression, il en est un de grande valeur, dont la présence, sans être pathognomonique d'une tumeur du rein, sera une présomption très forte en faveur de ce diagnostic : je veux parler du varicocèle.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur ce signe ; la plupart sont d'accord pour voir en lui un symptôme en faveur d'un néoplasme rénal, surtout lorsque ce varicocèle est

développé depuis peu, que le malade s'est aperçu de sa présence alors qu'il souffrait déjà de son côté.

Second, dans son article du dictionnaire de Jaccoud, rapporte le passage suivant de J.-L. Petit :

« Ceux qui ont des tumeurs squirrheuses dans le ventre, le long du cordon des veines spermatiques, et ceux qui ont les glandes lombaires gonflées, enfin ceux qui ont les reins affectés ou qui y ont quelques pierres retenues, sont également sujets au varicocèle, parce que dans toutes ces maladies, les vaisseaux spermatiques sont continuellement pressés et comprimés ».

En 1881, Guyon appelle l'attention sur ces dilatations veineuses ; puis vinrent les travaux de Legueu, Albarran, Heresco. Ainsi, la constatation d'un varicocèle de date récente, doit toujours engager à examiner la région rénale correspondante, même s'il siège à gauche. On sait, en effet, que le varicocèle est très fréquent à gauche et cela pour plusieurs raisons : la veine spermatique gauche est un peu plus longue que la droite, elle est comprimée dans son passage à travers le bassin par la portion iliaque du colon, elle rencontre enfin la veine rénale à angle droit, ce qui apporte un obstacle de plus au passage du sang qu'elle charrie.

En général, le varicocèle n'apparaît que lorsque la tumeur est très volumineuse, mais Legueu qui attribue ce symptôme à l'envahissement ganglionnaire et à la compression déterminée par ces masses sur les veines spermatiques, cite le cas suivant, où l'autopsie ne montra qu'un petit néoplasme, gros comme une noisette :

« Un malade se présentait avec les trois symptômes

que voici : hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Jè diagnostiquai un cancer du rein gauche, de gros volume, et je pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur.

« Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume, mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération et succomba deux jours plus tard.

« A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche et des masses ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique.

« Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur et la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire ».

Telle n'est point l'opinion de beaucoup d'auteurs ; Heresco a communiqué au Congrès d'urologie de 1898, le résultat de ses recherches.

1° Il a noté l'absence de varicocèle, malgré l'envahissement du hile par les ganglions ; 2° Des cas de varicocèle sans ganglions.

Chez un malade, de Morrestin, atteint de varicocèle, auquel ce chirurgien pratiqua une néphrectomie transpéritonéale, il fut impossible de découvrir des ganglions, et fait plus démonstratif encore, le malade guérit, le varicocèle avait disparu.

Cette observation, comme le dit Heresco, a la valeur d'une expérience.

Chez un malade d'Albarran, âgé de 56 ans, porteur

d'une grosse tumeur rénale du côté gauche, ayant déterminé la formation d'un très volumineux varicocèle du même côté, on fait la néphrectomie par voie lombaire. Pendant l'opération, on ne constate pas l'existence de ganglions au niveau du hile. Le lendemain de l'opération le varicocèle avait disparu. Ce malade succomba, et à l'autopsie on constata qu'il n'existait aucun engorgement ganglionnaire.

Chez un autre malade, qui survécut dix-neuf mois à son opération, le varicocèle ne se reproduisit pas.

Quoiqu'il en soit de ces divergences, que le varicocèle soit produit par la compression déterminée par les ganglions au niveau de l'embouchure des veines spermaticques dans les veines rénales, ou bien par la tumeur elle-même, devons-nous attacher une grande importance à ce signe ? Oui, à condition, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que ce varicocèle soit de date récente. Nous ne le considérerons pourtant pas comme un signe pathognomonique de tumeur rénale, mais venant s'ajouter à d'autres symptômes, il fera pencher la balance en faveur de ce diagnostic.

On a retrouvé, en effet, le varicocèle dans les cas de tumeur de la rate, il existait dans les observations de tuberculose primitive de la rate publiées par Rendu et Vidal, par Martin et Lefas ; Chauffard l'a retrouvé aussi chez son malade, et il a fait le diagnostic de splénomégalie tuberculeuse. Comme il nous le dit, dans sa clinique : « Une splénomégalie quelconque n'irait pas comprimer les veines spermaticques et les veines rénales, le plexus pampiniforme, mais peut s'accompagner d'une adénopathie tuberculeuse, et ce que fait le ganglion cancéreux, le ganglion tuberculeux peut le faire ».

D'ailleurs, par les observations de Morrestin, d'Albaran, relatives à des tumeurs rénales, nous voyons que l'apparition de masses ganglionnaires, n'est pas nécessaire pour faire apparaître le varicocèle, la tumeur seule peut y suffire. Dans notre obs. I, le varicocèle existait, il s'agissait d'un sarcome du rein, les ganglions étaient indemnes. Dans ce cas, malgré la présence d'un varicocèle, on avait cru pouvoir porter le diagnostic de splénomégalie ; ce varicocèle était discret, il siégeait à gauche, mais signe important et négligé, il s'était développé depuis peu. Aussi serons-nous enclin à attribuer à l'avenir, une grande importance à ce symptôme. Si sa présence seule ne peut faire affirmer d'emblée et sans aucun recours que la tumeur abdominale observée siège dans le rein, puisqu'à la rigueur d'autres compressions peuvent le produire ; elle nous indiquera que c'est d'abord du côté du rein correspondant qu'il nous faut diriger nos recherches, et ainsi, mis en éveil, nous pourrions peut-être établir un diagnostic. Sans oublier que d'autres tumeurs peuvent le produire, nous n'irons pas jusqu'à dire avec Chauffard : « Ce symptôme peut être interprété dans les deux sens ; il ne nous donne pas de renseignements caractéristiques vraiment décisifs. » Pour nous, il constituera un signe de grande valeur en faveur de la localisation rénale de la néoplasie.

Nous ne sommes pas encore au bout de nos recherches, puisque tous les moyens employés jusqu'à présent ne nous ont pas encore permis d'établir un diagnostic absolument certain, cherchons ailleurs.

Connaissant les fonctions normales du rein et de la rate, voyons si ces fonctions ne sont pas troublées ; il

est probable que ces recherches plus délicates, plus précises, nous permettront enfin d'affirmer lequel des deux organes est malade : le rein ou bien la rate.

Voyons d'abord la fonction urinaire. Nous aurons pris soin de recueillir les urines des vingt-quatre heures pour noter la quantité émise, nous y recherchons la présence de l'albumine, nous noterons si elles sont purulentes. Après les avoir centrifugées, nous rechercherons s'il n'y a pas dans le dépôt de globules rouges, de bacilles de Koch, en nous rappelant que ces bacilles sont très-peu nombreux dans la tuberculose rénale. Il est évident que si nous trouvons des urines purulentes, renfermant des bacilles de Koch, ou bien des globules rouges, nous pourrions arrêter nos recherches ; sans conteste, c'est le rein qui est malade. Mais si nous n'avons trouvé ni bacilles de Koch, ni globules rouges, la quantité d'urine émise est normale, qu'allons-nous rechercher maintenant ? Etudierons-nous l'ensemble de l'urine émise par les deux reins ? sans doute, mais cet examen ne peut nous renseigner sur les lésions qu'un des deux organes peut présenter. Notre premier malade émettait une quantité d'urine normale ; le taux des matières extractives était plutôt élevé, rien dans cet examen de la totalité des urines ne pouvait laisser supposer qu'un des deux reins fut détruit fonctionnellement. Cet examen n'est de mise que lorsque le diagnostic de tumeur du rein est manifeste, il permet alors de conclure si l'autre rein fonctionne encore régulièrement.

Comment faire alors ? C'est par l'analyse séparée de l'urine de chaque rein que nous pourrions préciser la nature rénale de la tumeur en constatant la diminution ou

l'abolition complète de la sécrétion du côté malade, ou bien l'altération de cette sécrétion. Nous ne devons pas oublier, dans le cours de nos recherches, les conclusions tirées par Albarrán de l'étude de la physiologie comparée des deux reins :

1° Dans l'unité de temps, les deux reins sécrètent des quantités d'urine différentes ayant une composition dissemblable ;

2° L'écart de la quantité d'urine sécrétée par les deux reins pendant une demi-heure, peut dépasser 10 o/o et atteindre 40 o/o ;

3° Cette différence s'atténue en proportion directe du temps écoulé ;

4° Il existe une loi de compensation d'après laquelle le rein qui fournit le plus d'urine, sécrète un liquide moins concentré.

Pour parer à cela, l'examen devra être prolongé. Nous avons de nombreux moyens, pour savoir si les deux reins fonctionnent, ces moyens d'exploration nous permettent, sans danger pour le malade, de poser un diagnostic précis et sûr : ce sont la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, la séparation intra-vésical des urines.

La cystoscopie, par l'éclairage de la vessie, permettra d'abord de juger de l'état de ce réservoir, elle nous laissera examiner l'aspect des orifices urétéraux, le mode d'écoulement de l'urine qui est éjaculée par les uretères dans la vessie. Mais de préférence, nous emploierons un procédé permettant de recueillir séparément l'urine de chacun des reins. Pour ce faire, nous pourrons avoir recours au cathétérisme des uretères, mis en honneur par Albarrán. M. Bazy, a très vivement attaqué ce pro-

cédé, lui reprochant d'être très difficile et dangereux : « Tout d'abord, dit-il, je me permets d'appeler le cathétérisme urétéral, une opération et non un procédé. Je remarque, en effet, que sur quatorze observations, Albaran a été obligé d'employer deux fois le chloroforme et dans quelques cas la cocaïnisation. »

Adressons-nous donc à un moyen plus simple, plus à la portée de tous les chirurgiens, nous voulons parler de la séparation intra-vésicale des urines au moyen de l'appareil de Lüys ou de Cathelin, par exemple.

L'appareil de Cathelin est « basé sur un principe nouveau, à savoir l'introduction dans la vessie, d'une cloison souple, extensible et développable à volonté. »

M. Delore a pratiqué cette exploration chez notre second malade, avec plein succès ; mais on n'est pas toujours sûr de mener à bien cet examen.

Certaines vessies sont assez altérées pour ne pas permettre la séparation des urines ; le malade de M. Chauffard ne put supporter cet examen ; on peut se trouver en présence d'une coïncidence de rétrécissement de l'urèthre qui empêchera l'introduction de l'instrument ; il est vrai que dans ce cas, rien n'empêche de dilater d'abord l'urèthre du malade. Enfin ce mode d'examen ne peut-être pratiqué chez les enfants.

Cette exploration a une importance considérable, il est probable que si elle avait été pratiquée chez le malade qui fait l'objet de l'obs. I le diagnostic de grosse rate aurait été écarté de suite.

Nous pouvons grâce à lui, recueillir séparément l'urine des deux reins et en tirer des conclusions précises ; si nous trouvons que les deux reins fonctionnent

normalement, l'hypothèse de gros rein est écartée, si au contraire l'un des deux reins ne donne plus ou presque plus d'urine, c'est à ses dépens que la tumeur s'est développée ; car, comme nous l'avons dit plus haut, une analyse portant sur l'ensemble des urines ne peut suffire, un rein peut être très malade, absolument détruit au point de vue fonctionnel, on ne s'en apercevra pas en faisant une analyse chimique ; témoin notre premier malade qui émettait 1 lit. 100 d'urinè en 24 heures, avec 33 gr. d'urée.

Les altérations anatomiques étendues à tout le parenchyme du rein cancéreux, déterminent des modifications dans son fonctionnement. Le rein malade donne moins d'urine, la quantité d'urée est diminuée. C'est par la séparation intra-vésicale des urines que nous pourrons nous rendre compte de ces modifications.

Albarran a étudié l'élimination du bleu méthylène dans des cas de tumeur rénale ; dans une observation, l'élimination pour le rein malade se fit sous forme de chromogène, pendant les vingt-une premières heures, ensuite jusqu'à la cinquante-deuxième heure, les urines contenaient à la fois du bleu et du chromogène. Albarran a aussi fait la cryoscopie des urines secrétées par le rein malade ; dans un cas, le point de congélation de l'urine, ou point Δ comparé des deux reins, était :

Rein malade, point Δ	=	— 0,70
— sain	—	= — 1,48

Ici encore, l'abaissement du point de congélation de l'urine, démontre la profonde modification des fonctions du rein malade, que traduit la moindre concentration moléculaire de l'urine. Ainsi donc, dans les reins cancé-

reux, les portions de l'organe épargnées par le néoplasme, sont profondément malades et fonctionnent mal.

Dans les cas de tuberculose fermée, la séparation des urines montre l'absence totale de sécrétion urinaire d'un côté. De même dans la pyonéphrose fermée, mais dans ce dernier cas, le malade a des antécédents urinaires, des symptômes fébriles, gastro-intestinaux, ne laissant pas de doutes sur le caractère suppuratif de la lésion.

Si l'exploration que nous venons de faire est de première importance, l'examen des fonctions de la rate ne le lui cède en rien. Si la tumeur, dont nous cherchons à établir le point de départ, s'est développée aux dépens de la rate, il est probable que ses fonctions seront troublées ; pour le savoir, c'est au sang qu'il nous faudra nous adresser. Quelques gouttes extraites par une piqure faite à la pulpe d'un doigt nous suffiront. Cet examen du sang est indispensable, il devra être fait de parti-pris, dans toutes les splénomégalies, alors même que, comme dans l'observation suivante d'Apert, cette grosse rate puisse être mise sur le compte d'un paludisme ancien. Le malade d'Apert était un homme de trente-six ans, ancien paludéen, qui se plaignait de fatigue invincible lui rendant tout travail impossible. La peau était non seulement pâle, mais terreuse, teint de cancéreux à la période de cachexie profonde.

L'abdomen était rempli par une grosse tumeur, semblant émerger de dessous les fausses côtes et descendant en bas et en dedans vers l'ombilic.

Elle était mate, sa matité remontait jusqu'à la cinquième côte. Ce malade était paludéen, il s'agissait donc peut-être

de grosse rate paludéenne, avec cachexie. On pouvait penser aussi à une grosse rate lymphadénique, mais il n'y avait pas de ganglions hypertrophiés. On examina le sang et on trouva une augmentation des globules blancs qui fit penser à une leucocythémie.

Globules rouges = 1.900.000

— blancs = 50.000

Quelques jours après, le nombre des globules blancs était monté à 90.000, il atteignait, peu de jours avant sa mort, 150.000 par millimètre cube.

Notre second malade n'a pas non plus de ganglions hypertrophiés, son foie n'est pas augmenté de volume, mais l'analyse du sang a fait faire le diagnostic de leucémie myélogène. Ainsi, l'examen du sang sera fait de parti-pris, dans les cas de grosse tumeur de l'hypocondre gauche de nature non précisée.

Dans le sang recueilli, nous rechercherons si les globules blancs sont augmentés de nombre ; dans le cas de leucocythémie, il ne suffit pas de constater l'excès des globules blancs, il faut savoir qu'elle est la variété de globules en excès ; ce qu'il importe, ce n'est pas seulement la quantité des leucocytes, mais surtout la qualité de ces leucocytes. La leucocytose s'observe en effet dans de nombreuses affections, on la trouve, entre autres, dans le cancer et la tuberculose.

La leucocytose cancéreuse a été étudiée surtout par Hayem et Alexandre, et observée surtout dans la sarcomatose généralisée ; Hayem a relevé le chiffre de 50.000 leucocytes dans un cas de sarcome des os, de 70.000 dans un cas de cancer thyroïdien. Elle existait et atteignait un chiffre élevé dans notre obs. I, les leuco-

cytes étaient au nombre de 25.000 ; en même temps, le chiffre des globules rouges est diminué. Cette anémie avec leucocytose des cancéreux est commune, habituelle, plus ou moins profonde, quand elle atteint un degré élevé, c'est elle qui domine la scène morbide. Sa formule est loin d'être définitivement établie, polynucléaire le plus souvent, elle serait parfois cependant (Hartmann) mononucléaire.

Pour la tuberculose, l'existence de la leucocytose paraît indiscutable, du moins dans certaines formes et à certaines périodes de l'évolution de cette maladie.

Pavillard l'a étudiée dans sa thèse : Josué et Halbron ont montré, dans un travail récent, que le nombre des leucocytes varie dans de fortes proportions d'un jour à l'autre et même dans la même journée, ce qui explique la discordance entre les auteurs sur l'existence de cette augmentation des globules blancs.

L'augmentation considérable du nombre des leucocytes appartient surtout à la leucémie ; et toute élévation du chiffre de ces éléments, telle que celui-ci dépasse 70.000 est presque pathognomonique de cet état morbide. On a pu voir cependant des leucémies au-dessous de ce chiffre, et, en définitive, on ne pourra affirmer le diagnostic de leucémie qu'après examen sur lames sèches et constatation des formes anormales décrites par Ehrlich.

Il est une autre forme de splénomégalie, je veux parler de la splénomégalie tuberculeuse primitive, qui devra toujours éveiller notre attention. Nous devons nous rappeler ce qu'a écrit Cruveilhier dans son traité d'anatomie pathologique : « De tous les organes de l'ab-

domen, à l'exception des ganglions lymphatiques, c'est celui qui est le plus sujet à la tuberculisation ». Plus loin il ajoute : « Au point de vue de l'aptitude à la tuberculose, et dans le rapport de la fréquence des cas, la rate est à l'abdomen ce que le poumon est à la poitrine. » Mais pour lui, cette tuberculose était secondaire, n'apparaissait qu'à des époques avancées de la tuberculose pulmonaire, à peine s'il ajoute : « l'on peut observer des cas où la tuberculose splénique et la tuberculose pulmonaire paraissent contemporaines. »

Dans cette affection l'analyse du sang peut nous renseigner, nous mettre sur la voie du diagnostic ; ce n'est pas de l'anémie que nous trouverons, mais de l'hyperglobulie. Dans l'observation ancienne de Scharold, rapportée dans le travail de Quénu et Baudet, il est dit que : « la coloration de la peau changeait depuis le rouge jusqu'au bleu intense. » Le malade de Rendu et Widal, présentait un teint rouge, vultueux, il avait de la cyanose de la face et des doigts. L'analyse du sang donnait 6.200.000 globules rouges pour 6.000 blancs. Moutard-Martin et Lefas notent cette même hyperglobulie ; chez leur malade, les globules rouges atteignaient le chiffre énorme de 8.200.000 pour 31.425 blancs.

Mais ce symptôme peut faire défaut, Achard et Castaigne n'ont pas retrouvé cette hyperglobulie chez leur malade ; elle n'existait pas non plus dans le cas observé par Chauffard, il y avait au contraire une anémie légère, si bien que dans notre obs. I. on avait cru pouvoir porter le diagnostic de splénomégalie tuberculeuse, alors que le chiffre des globules rouges 3.521,600, était au-dessous de la normale.

Ainsi, en présence d'une grosse tumeur de l'hypocondre gauche, l'augmentation du nombre des globules rouges peut nous faire penser à la tuberculose de la rate, mais cette affection peut exister sans déterminer cette hyperglobulie.

Comment faire alors pour établir ce diagnostic de splénomégalie tuberculeuse? Chauffard s'est adressé aux injections de tuberculine. Ce mode d'examen est en général repoussé comme dangereux, mais Grasset et Vedel l'emploient. L'injection de tuberculine provoque une élévation de température grâce à laquelle on peut diagnostiquer une tuberculose latente. Il faut, selon les conseils de Grasset, l'employer en solution aqueuse de sorte que un centimètre cube de la solution, renferme 1/10 de milligramme de tuberculine. Après l'injection le malade restera couché; c'est en général une douzaine d'heures après que se fait la réaction thermique. On aura eu soin de prendre la température plusieurs jours avant, matin et soir; s'il n'y a pas de réaction thermique, ce n'est pas de la tuberculose.

Mais ce n'est pas ce procédé que nous emploierons pour dépister une tuberculose latente, c'est au séro-diagnostic de MM. Arloing et P. Courmont, que nous aurons recours. D'une sensibilité tout au moins égale à celle de l'injection de tuberculine, le séro-diagnostic tuberculeux, a de plus le grand mérite de tenir compte du vieil adage « *primum non nocere* »; ce n'est pas dans l'organisme du malade que se passera la réaction, mais loin de lui, dans un simple tube, il n'y participera que par quelques gouttes de sang:

M. le professeur Dieulafoy, dans ses cliniques de

l'Hôtel-Dieu, après avoir fait l'historique de la séro-réaction tuberculeuse nous dit : « Le séro-diagnostic de la tuberculose, rend de réels services dans les cas où le diagnostic clinique est douteux ou impossible. Il est délicat à manier, et bien qu'il ait été plusieurs fois en défaut chez nos pleurétiques, je crois que le sérodiagnostic de la tuberculose, est appelé à rendre de grands services. »

Dans notre obs. I on avait pensé à une splénomégalie tuberculeuse, le séro-diagnostic avait été fait par M. P. Courmont, et le résultat était nettement positif à 1 pour 15, et pourtant à l'autopsie, on ne trouva de tuberculose nulle part.

Que conclure de ceci ?

MM. Arloing et P. Courmont avaient déjà rapporté au Congrès de Paris, deux cas dans lesquels le séro-diagnostic avait été mis en défaut ; il avait été très positif pendant la vie des malades, à leur mort toutes les recherches furent impuissantes à faire retrouver une lésion tuberculeuse, soit aux sommets des poumons, soit dans les ganglions, soit dans d'autres viscères. Aussi les auteurs nous disent : « Nous n'osons affirmer que le sérum de tous les sujets indemnes de lésions tuberculeuses macroscopiques, accessibles à nos moyens d'investigation ne soit jamais agglutinant pour le bacille de Koch. »

Notre cas en est un nouvel exemple. L'autopsie n'a révélé aucune trace de tuberculose, l'examen histologique non plus, quatre cobayes ont été inoculés avec des fragments de poumons et du rein, ils ont survécu plus de 6 semaines leur autopsie n'a pas montré trace de tuberculose. Ainsi notre malade n'était pas tuberculeux, autant du moins que ces divers examens peuvent nous le faire affirmer.

M. P. Courmont nous faisant part de ses réflexions, à propos de ce cas anormal, nous disait qu'on pouvait penser que ce malade présentait une tuberculose latente, très minime, impossible à déceler à l'heure actuelle ; il pouvait aussi être encore sous le coup d'une imprégnation tuberculeuse ayant succédé à des lésions maintenant guéries et n'ayant laissé aucune trace, son sérum aurait alors conservé un pouvoir agglutinant durable ; de même que chez les anciens thyphiques, le pouvoir agglutinant du sang peut subsister des années, alors que la fièvre thyphoïde est depuis longtemps guérie.

Faisant une autre hypothèse, M. Courmont disait que peut-être le sang de certains malades (dans notre cas le sang d'un malade atteint de sarcome généralisé) agglutinerait le bacille de Koch, sans qu'il s'agisse de tuberculose.

Chez notre malade, la première hypothèse n'a pu être vérifiée ; la deuxième ne pourra être élucidée que par une série de recherches faites dans ce sens.

Malgré ces quelques défaillances, nous ne manquerons point, dans les cas de splénomégalies douteuses, d'avoir recours au séro-diagnostic, laissant de côté l'injection de tuberculine.

Nous pourrions encore, dans le cas où la tuberculose serait soupçonnée, nous adresser à la recherche du bacille dans le sang, suivant le procédé de Jousset, procédé de valeur discutable, mais que nous n'avons ni la compétence, ni le loisir de discuter ici.

D'ailleurs, ces recherches ne prouveraient qu'une chose, la nature ou l'origine tuberculeuse de la tumeur observée. Elles ne prouveraient en faveur de sa localisation dans la rate, plutôt que dans le rein, que dans le cas où l'examen de l'urine serait contraire à cette hypothèse.

CHAPITRE III

Examen des autres organes. — Etat général.

Antécédents.

Pour terminer notre discussion diagnostique, recherchons les signes secondaires. Nous savons que les lésions de la rate ont en général un retentissement sur le foie, cherchons donc quel est l'état de cette glande.

Si nous le trouvons augmenté de volume, ce qui d'ailleurs est le cas le plus fréquent, nos présomptions seront d'abord en faveur d'une splénomégalie ; n'oublions cependant pas, que dans notre obs. II, le foie est normal, il ne déborde pas les fausses côtes, et l'analyse du sang a montré qu'il s'agissait, sans conteste, d'une leucémie myélogène.

Cette augmentation du foie peut induire en erreur en venant corroborer d'autres symptômes en faveur d'une splénomégalie. Notre obs. I en est un bel exemple.

Nous avions là une augmentation notable du foie ; il mesurait 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire, et ce signe était propre à faire affirmer, avec plus de sûreté, le

diagnostic de splénomégalie tuberculeuse, alors que l'autopsie a montré que cette augmentation de volume était le fait de la généralisation néoplasique.

Dans la splénomégalie primitive de Debove et Brühl, dans la maladie de Gaucher, dans la tuberculose primitive de la rate, on note cette même augmentation de volume du foie ; nous devons, dans ces cas, rechercher les autres signes propres à ces diverses affections, sans nous dissimuler toute la difficulté de ce diagnostic différentiel.

Rarement, nous pourrions trouver le foie diminué de volume, atrophie. Dans ce cas, l'examen du foie nous a révélé l'existence d'anémie sans leucocytose ; le malade, malgré son atrophie du foie, ne présente pas les symptômes de la cirrhose de Laënnec, ce n'est que dans les dernières périodes de son affection que l'on trouvera chez lui les symptômes de la cirrhose atrophique ; dans ces conditions, nous pourrions porter le diagnostic de la maladie de Banti. Ce diagnostic est important à faire, de lui dépendra la ligne de conduite du clinicien et la vie du malade, car une splénectomie faite à temps sauvera son existence.

Quénu, dans la Revue de chirurgie, du 10 octobre 1903, a publié un travail sur ce sujet, il conclut en disant :

« L'extirpation de la rate est suivie de la guérison radicale de la maladie. S'il existe une cirrhose hépatique commençante, la splénectomie peut arrêter son développement et amener la guérison complète. La maladie de Banti, abandonnée à elle-même, ou aux ressources de la thérapeutique médicale, est fatalement mortelle. »

Ainsi, un retentissement de l'affection sur le foie devra

diriger nos recherches du côté de la rate et faire pencher notre diagnostic en faveur d'une lésion de cet organe, tout comme l'apparition d'un varicocèle nous faisait d'abord penser à une lésion rénale et examiner la région rénale correspondante.

Nous n'envisageons pas ici, bien entendu, les cas nombreux où une affection hépatique antécédente nettement constatée s'est accompagnée de splénomégalie (cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, etc.).

Une fois cet examen terminé, nous rechercherons l'état des ganglions périphériques ; de grosses masses déformant le cou des malades, siégeant aux aisselles, aux plis inguinaux, peuvent coexister avec une grosse rate avec ou sans leucémie. Ces hypertrophies ganglionnaires entraînent des troubles fonctionnels marqués : gêne des mouvements, de la circulation en retour. L'hypertrophie des ganglions profonds entraîne des troubles fonctionnels plus marqués encore : Ictère, ascite, œdème des membres inférieurs : celle des ganglions médiastinaux occasionne de la dyspnée, de la toux, des altérations de la voix, des troubles pupillaires, etc.

S'il s'agit d'une tumeur du rein avec un volume suffisant pour simuler une splénomégalie, on se rappellera que, pour avoir pris un pareil volume, la tumeur a bien des chances d'être un sarcome, et nous savons que dans ce cas, la généralisation se fait par la voie sanguine, très rarement par la voie lymphatique et que, par conséquent, le système ganglionnaire est indemne ; c'est ainsi qu'il n'existait pas trace de ganglions chez notre premier malade, alors que le foie et le poumon étaient secondairement envahis.

L'examen du poumon, en nous décelant une tuberculose en voie d'évolution, confirmée par la recherche des bacilles de Koch dans les crachats et l'inoculation au cobaye, viendra à l'appui de la splénomégalie tuberculeuse, mais il ne faut pas oublier que dans cette affection, les bacilles restent longtemps cantonnés à la rate, et que l'examen le plus attentif pourra ne révéler, nulle part, la présence du bacille de Koch.

Chez notre premier malade, on pensait qu'il existait une tuberculose pulmonaire, il s'agissait d'une généralisation néoplasique, aussi avait-on vainement cherché les bacilles dans les crachats.

L'examen du cœur chez ces malades anémiés, peut laisser percevoir l'existence d'un souffle, surtout à la pointe ; nous les retrouverons aussi dans les vaisseaux du cou, chez les leucémiques de préférence.

A propos de l'étude des signes fonctionnels, je parlais de la séparation intra-vésicale des urines et de l'examen de l'urine sécrétée par chacun des reins ; je vais maintenant chercher dans la totalité des urines émises, s'il n'existe pas des modifications pouvant faire penser à un état morbide plutôt qu'à un autre.

Rommelaere a montré que dans les affections néoplasiques, le chiffre de l'urée est diminué ; mais cette diminution se voit dans de nombreuses maladies ; d'ailleurs, ces malades sont confinés au lit, manquent d'appétit, leurs voies digestives sont en mauvais état, et l'abaissement du taux de l'urée peut être mis sur le compte de ces conditions défectueuses.

Chez le malade qui fait le sujet de l'obs. I, cet abaissement du taux de l'urée n'existait pourtant pas, il y

avait plutôt de l'hypérazoturie, ses urines des 24 heures contenaient 33 grammes d'urée.

Dans les cas de leucémie, l'urine est émise en faible quantité, ces urines sont très acides et contiennent quelquefois des quantités considérables d'acide urique, l'urée est diminuée. Alors qu'à l'état physiologique, l'urine contient 50 centigrammes d'acide urique, par 24 heures, dans la leucémie, son taux peut s'élever jusqu'à 3 grammes et même davantage. Notre second malade excrète moins d'urine qu'à l'état normal, 5 à 600 gr. seulement par 24 heures, ses urines contiennent 12 gr. 6 d'urée, et 1 gr. 116 d'acide urique, si bien que le rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ est augmenté de près de quatre fois.

L'augmentation de la quantité d'acide urique était très forte aussi chez le malade atteint de sarcome du rein ; ses urines des 24 heures en contenaient 2 gr. 53.

Les antécédents des sujets pourront nous mettre sur la voie du diagnostic. On demandera au malade s'il n'habite pas dans une région palustre ; s'il n'a jamais eu d'accès fébriles avec frisson, chaleur, sueur. On n'aura garde d'oublier que la fièvre peut se montrer d'ailleurs avec des splénomégalias d'origine diverse, (ex. dans la leucémie, voir l'obs. II) et aussi avec des tumeurs rénales (ex. obs. I). Dans ces cas, il est rare que la fièvre affecte le type intermittent, mais on peut noter cependant, comme dans l'obs. II, de grandes oscillations qui pourraient faire errer le diagnostic.

On recherchera s'il y a de la bacilliose dans la famille du malade, si lui-même n'a jamais craché de sang, s'il tousse habituellement les hivers. On l'interrogera sur le développement de cette tumeur. On insistera pour sa-

voir si, à un moment donné, il n'a pas uriné du sang ou du pus, s'il n'a pas présenté des phénomènes de cystite, etc. En un mot, par l'interrogatoire, on s'efforcera d'avoir une idée sur l'affection actuelle, idée qui nous dirigera dans nos recherches ultérieures.

L'état actuel du sujet sera aussi l'objet de notre attention, mais il ne nous apportera pas grands éclaircissements.

Le leucémique est d'une pâleur extrême, sa peau est d'un blanc sale, ses muqueuses sont décolorées. C'est très rapidement qu'il a vu ses forces diminuer et est devenu incapable du moindre effort : en même temps il est sujet aux vertiges, aux tintements d'oreilles, aux lipothymies.

L'auscultation des vaisseaux du cou révèle chez lui l'existence d'un souffle continu. Le pouls est rapide et mou. Les membres inférieurs sont le siège d'œdèmes fugaces et légers, puis plus marqués et permanents. Les hémorragies sont communes, souvent abondantes, pouvant entraîner la mort. La moindre piqure est suivie d'un écoulement de sang abondant. La température s'élève le soir.

Nous avons vu que la splénomégalie tuberculeuse donne en général, au sujet qui en est atteint, un tout autre aspect ; le malade a le teint rouge, vultueux. Mais cela n'est pas constant, il peut y avoir de l'anémie.

Au cas de maladie de Gaucher, la santé est assez vite compromise. ; les malades s'animent, maigrissent rapidement.

Le malade atteint de tumeur du rein, se cachectise aussi, mais assez lentement ; il ne prend pas cette teinte

blanc pâle, ses téguments deviennent jaune paille, son amaigrissement est extrême. Il meurt par cachexie cancéreuse, ou du fait de la généralisation ; l'insuffisance rénale est exceptionnelle.

Si la tumeur que l'on examine est une hydronéphrose, un kyste hydatique, l'état général du sujet est longtemps indemne, ce n'est que plus tard, par des complications, qu'il est troublé.

La pyo-néphrose, la tuberculose donnent des symptômes fébriles, ne laissant pas de doutes sur le caractère suppuratif de la lésion, que l'étiologie permettra aussi de soupçonner.

CHAPITRE IV

Applications de ces données. Observations.

Nous avons passé en revue tous les signes physiques, fonctionnels et secondaires, propres à faire faire le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre gauche, ou mieux à nous faire différencier une grosse rate d'un gros rein ; arrivons à la critique de ces observations. Ce sera l'occasion de mettre en relief l'importance de quelques-uns de ces symptômes et de faire un résumé de notre travail, s'appuyant sur des faits cliniques.

L'obs. I, rapportée au début de notre thèse, est le type des difficultés que l'on peut rencontrer.

L'interrogatoire du sujet n'apprenait pas grand chose ; il ne toussait pas habituellement, n'avait jamais eu de paludisme, jamais de sang dans ses urines. Sa tumeur s'était développée sans grand fracas, il avait ressenti un peu de douleur dans la région lombaire gauche, avait rapidement maigri, perdu ses forces.

La palpation était difficile, mais donnait la sensation d'une rate ; il est vrai de dire que le sujet contractait ses muscles droits et gênait cet examen ; on n'avait pas perçu d'encoches.

Cette tumeur était mate. Cette matité, la situation de la tumeur qui remontait sous les fausses côtes gauches, l'absence de tout signe du côté des urines, le manque de netteté du ballottement, tout cela joint à l'impression première, donnée par la palpation, faisait penser à une splénomégalie. L'examen du sang ne permettait pas de la rattacher à une leucémie, il n'y avait point d'antécédents paludéens ; mais la fièvre, la toux, la dyspnée, l'expectoration sanglante, les signes fournis par l'auscultation, la leucocytose, l'hépatomégalie consécutive à la splénomégalie, enfin le séro-diagnostic tuberculeux, portaient à penser qu'il s'agissait peut-être d'une de ces formes de splénomégalie tuberculeuse, dont plusieurs observations ont été rapportées dans ces dernières années.

Malgré la rareté d'une pareille lésion, c'est à cette hypothèse que nous étions réduit à nous ranger, et l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, dans le sang, plusieurs fois constatée, rendait douteux ce diagnostic, sans obliger néanmoins à le rejeter.

Dans ce cas, nous aurions dû attacher beaucoup plus d'importance au varicocèle d'apparition postérieure à celle de la tumeur de l'hypocondre ; celui-ci avait été un peu laissé dans l'ombre en raison de son siège à gauche et de son caractère très discret.

En outre, si nous avions fait appel à la séparation intra-vésicale des urines, nous aurions pu affirmer la localisation rénale de la tumeur d'une façon certaine,

puisqu'il ressort des constatations nécropsiques que le rein malade était incapable de sécréter de l'urine.

L'insufflation du colon aurait pu peut-être aussi faire apparaître la sonorité sur les côtés de la tumeur, et en tout cas, nous renseigner sur la situation exacte du colon descendant.

Cette observation nous montre donc : l'importance de l'apparition du varicocèle, la nécessité, en cas de doute, de pratiquer la séparation intra-vésicale des urines, et le peu de crédit que l'on doit généralement attacher aux signes physiques : palpation, percussion, etc.

* * *

Voici maintenant une observation où les mêmes difficultés n'ont pas été rencontrées, mais où, cependant, en l'absence d'examen du sang, le diagnostic aurait été impossible :

OBSERVATION II (Due à l'obligeance de M. Cade).

L. E..., âgé de 24 ans, cultivateur, né à Belleville. Entré le 12 octobre 1903, salle St-Augustin, service de M. le Professeur Bondet.

Diagnostic porté : Splénomégalie, Leucémie myélogène.

Ce malade est amené à l'hôpital, par des accès fébriles se répétant chaque jour, et pour une grosse tumeur abdominale.

A. H. — Son père est en bonne santé, sa mère est morte en couches. Il a des frères et sœurs qui jouissent d'une bonne santé, il n'en a point perdu.

A. P. — Lui-même n'a jamais fait de maladies graves, il s'est tou-

jours bien porté. Il ne boit pas, n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Il y a trois ans, il partit accomplir son service militaire, il fut envoyé en Tunisie, n'a jamais été dans les postes du Sud. Durant ses deux premières années de service il ne fut atteint d'aucune affection ; en décembre 1902 il eut la jaunisse, il fut simplement soigné pendant quelques jours à l'infirmerie. A ce moment, il n'eut pas d'élévation de température, pas d'hématurie. Mais il demeura jaune pendant longtemps. Il fit alors un séjour à l'hôpital, puis retourna à Sfax, d'où il partit en congé de convalescence pour anémie.

Revenu en France, il éprouvait déjà, il y a six mois, une sensation de ballonnement dans l'abdomen avec pesanteur après les repas. Il commença à éprouver aussi des accès fébriles avec frisson, sueurs ; au dire du malade, ces accès se reproduisaient tous les jours.

Il y a un mois, il consulta un médecin qui lui ordonna de la quinine, il en prend depuis quinze jours.

Il nous apprend que son ventre a grossi d'une façon régulière, et il en est actuellement très gêné soit dans les efforts, soit dans les mouvements.

Il n'éprouve pas de douleurs vives.

Il ne présente pas de troubles digestifs bien marqués, en dehors d'une diminution de l'appétit, et d'une sensation de tension abdominale et de ballonnement plus vives après les repas.

Examen : Jeune homme, amaigri, pâle, les muqueuses sont un peu décolorées, la teinte générale des téguments est jaune paille. Léger sub-ictère conjonctival.

Pas d'œdème des membres inférieurs, d'ailleurs le malade nous dit qu'il n'en a jamais présenté.

La recherche des ganglions axillaires, inguinaux, cervicaux est négative.

Abdomen : Son volume frappe tout d'abord, il est très volumineux, mais ne fait pas une grande saillie en avant, il est plutôt régulièrement élargi, sans être étalé.

Son volume empêche le malade de s'asseoir commodément et gêne la respiration. Il n'y a pas de circulation complémentaire.

Palpation. — Fait percevoir une tumeur considérable qui occupe presque toute la cavité abdominale. Cette tumeur est lisse, dure, elle n'est pas bosselée, elle est en contact immédiat avec la paroi abdominale. Elle s'étend surtout à gauche, par la percussion on la poursuit jusque sous les fausses côtes, elle remplit l'hypocondre, le flanc, la fosse iliaque gauche, de façon si complète, qu'on ne peut percevoir son rebord. Elle dépasse la ligne médiane et s'étend dans la fosse iliaque et le flanc droit qu'elle remplit, mais à ce niveau l'on peut sentir son rebord, on perçoit même une incisure très nette.

Tout l'abdomen est donc à peu près rempli, seule une petite bande de sonorité sépare à droite, la matité de la tumeur de celle de la glande hépatique. A ce niveau, on sent le bord de la tumeur qui est mousse, pas tranchant, mais que l'on peut saisir presque avec les doigts, c'est là que l'on sent une ou deux encoches.

La palpation n'est pas douloureuse. Cette palpation révèle en divers points des bruits de frottements. En arrière, dans la région lombaire gauche, on a une légère douleur à la palpation.

Pas de bruit de souffle à l'auscultation de la tumeur.

Souffle continu à l'auscultation des vaisseaux du cou.

Le foie paraît être de volume normal. Son bord ne déborde pas le rebord costal.

Le cœur est régulier ; pas de souffles.

Il n'y a aucune lésion au poumon.

Le malade présente des accès fébriles, frissons, chaleur, sueur.

A l'entrée la température était de 40° 1, le lendemain matin de 36° 4, depuis elle oscille entre 37° et 39°.

15 octobre. — M. Cade fait l'examen du sang, le même jour le malade est envoyé dans le service de M. le Professeur Poncet ; M. Delore fait la séparation intra-vésicale des urines, et voit que la sécrétion urinaire est la même des deux côtés, les deux reins fonctionnent donc pareillement.

Résultats de l'analyse du sang :

Numération : Globules rouges..... 2.790.000

— blancs 147.000

Sur des préparations colorées à l'hématéine-éosine, on compte :

Polynucléaires	24 o/o
Grands mononucléaires.....	70
Eosinophiles	2
Lymphocytes	0
Cellules intermédiaires....	4

Sur préparations colorées par le triacide d'Ehrlich :

Neutrophiles {	polynucléaires.....	26 o/o
	mononucléaires....	60
Eosinophiles.....		2
Leucocytes non granuleux {	grands mononucléaires....	12
	Lymphocytes.....	0

17 octobre. — Le foie déborde le rebord costal de 1 cm. environ, par la percussion on trouve qu'il a une hauteur de 9 à 10 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le 19 octobre. — M. Nicolas fait l'analyse des urines, et constate une diminution générale de tous les éléments normaux de l'urine, sauf de l'acide urique dont la proportion est très augmentée, si bien que le rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ est augmenté de près de quatre fois.

Le volume des urines émises par 24 heures est de 600 c. 3

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	21 gr.	12 gr. 6
Acide urique	1 — 86	1 — 116
Chlorures (en Na CC)...	12 — 9	7 — 74
Phosphates (en P ² O 5).	1 — 78	1 — 068

$$\text{Rapport } \frac{\text{acide urique}}{\text{urée}} = \frac{1}{11.3}$$

A la réaction de Heller, disque très net, ce disque se redissout par la chaleur vers 50°, donc il y a des urates. Par le réactif de Tauret, on a un précipité très léger.

Les urines ne contiennent pas de sucre, pas de pigments biliaires.

Le 20. — Le malade fait remarquer l'apparition d'un œdème très marqué des jambes et de la face interne des cuisses.

CONSIDÉRATIONS. — En face de ce malade, lors du premier examen, l'impression était qu'il s'agissait d'une grosse rate; mais la difficulté était d'assigner une cause à cette hypertrophie splénique. Contre la leucémie s'élevait d'une façon puissante, l'absence d'hépatomégalie, le paludisme pouvait être soupçonné et l'avait été, mais le sujet n'avait jamais eu de fièvre aux colonies, il n'en avait présenté que depuis l'apparition de sa tumeur, celle-ci était vraiment bien considérable pour une rate de paludéen récent et surtout douteux, enfin la quinine avait été administrée depuis un certain temps sans aucun succès.

Le paludisme pouvait donc être éliminé. L'examen du sang devait permettre de trancher la question, de la leucémie, et si cet examen ne donnait qu'une réponse négative, la localisations plénique de la tumeur devait être mise elle-même en doute; les splénomégalias qui ne répondent ni à la leucémie ni au paludisme étant très rares, et les caractères physiques de la tumeur (matité, frottements, bord tranchant incisé), ne donnant pas une sécurité absolue; d'ailleurs le cas rapporté au début de ce travail, devait rendre très circonspect.

Le volume considérable de la tumeur n'était point fait, bien au contraire, pour écarter l'hypothèse de tumeur maligne rénale et à marche rapide, hypothèse qui cadrerait bien avec l'âge du sujet, avec son anémie et la modification profonde de son état général. Donc si

l'examen du sang, donnait un résultat négatif, l'hypothèse d'une tumeur du rein pouvait se soutenir, et à ce moment la séparation intra-vésicale des urines devait entrer en ligne, et fournir un argument sinon décisif, du moins d'une très grande valeur.

Ces deux explorations (examen du sang fait par M. Cade; séparation intra-vésicale des urines par M. Delore), furent pratiquées simultanément, elles donnèrent chacune une réponse qui, prise isolément, pouvait suffire à résoudre le problème. Chaque rein sécrétait une quantité normale d'urine; d'autre part le sang offrait tous les caractères de la leucémie myélogène la plus nette.

OBSERVATION III (Due à l'obligeance de M. Delore).

P. F..., 25 ans, brodeuse, entrée le 13 novembre 1903, à la salle Ste-Anne, service de M. le Professeur Poncet. Opérée par M. Delore.

Diagnostic porté : Tumeur du rein gauche.

A l'opération : Kyste hydatique de la rate; kyste hydatique de l'épiploon. Splénectomie.

A. H. — Père inconnu, mère vivante bien portante, a trois frères qui ne sont pas nés du même père.

A. P. — A quitté la Bresse à l'âge de 6 ans, n'a jamais eu de paludisme. Rougeole dans l'enfance. A 21 ans elle a sa première grossesse.

Un an après sa couche, elle s'aperçoit d'une tumeur peu volumineuse, non douloureuse, siégeant à la partie supérieure de l'abdomen, elle reste stationnaire pendant trois ans. A cette époque, nouvelle grossesse. C'est alors que la tumeur augmente beaucoup de volume. Jamais elle n'a déterminé de réelles douleurs, simplement une sen-

sation de pesanteur dans le ventre. Il y a huit jours, la malade ayant eu des maux de tête très violents fait venir un médecin auquel elle montre sa tumeur, le médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Actuellement. — La malade a maigri, dit-elle, beaucoup depuis un an, en même temps son teint devenait de plus en plus pâle et terreux, tel qu'il est aujourd'hui.

A travers une paroi abdominale amincie et rendue très souple par deux grossesses, on perçoit à gauche sous les côtes une tumeur d'un gros volume qui remplit toute la fosse lombaire. Les contours sont très nets, la surface est très bosselée, elle est dure, résistante. Partant de la septième côte gauche, elle respecte la zone sonore de Traube, devient franchement abdominale, passe à environ 3 c/m., à gauche de l'ombilic, et, avant d'atteindre son niveau, se recourbe en arrière; en arrière elle occupe toute la région lombaire, elle empiète en haut sur la sonorité pulmonaire déterminant une zone de matité qui s'arrête à 3 c/m. de la colonne. Il n'y a pas en avant de sonorité colique comme dans les tumeurs rénales, en arrière existe cette bande sonore entre la tumeur et la colonne, comme cela se voit dans les splénomégalies.

Quand on palpe soigneusement la tumeur, on remarque qu'à sa partie antérieure elle est composée d'une tuméfaction qui forme casque sur la partie profonde de la tumeur, qui est beaucoup plus considérable. Le ballottement est d'une netteté extraordinaire, les deux mains qui recherchent ce signe peuvent pour ainsi dire embrasser la tumeur aussi superficielle à l'exploration en avant qu'en arrière.

On ne remarque aucun point fluctuant.

Jamais la malade n'a eu de signes urinaires, ni polyurie, ni hématurie, ni pyurie. Pas de douleurs rénales, pas de douleurs lombaires.

Température normale: Pas de localisations pulmonaires. Rien dans les os. Rien au foie. Dans les urines il n'y a pas d'albumine.

Le 21 novembre. — M. Delore fait la laparotomie.

Incision latérale et verticale sur le bord externe du grand droit du côté gauche, depuis le rebord costal jusqu'à deux travers de doigt

de l'épine illiaque antéro-supérieure. La tumeur irrégulière et bosselée adhère à l'épiploon et surtout en arrière à la paroi lombaire, si bien qu'on peut, croire pendant quelques instants, à son origine rétro-péritonéale (rénale), bien qu'elle soit en avant intrapéritonéale et que son aspect rouge, avec reflet bleuâtre, rappelle plutôt le tissu splénique. Nous faisons le tour avec la main, détruisant de nombreuses adhérences épiploïques. On luxé la masse au dehors. Il s'agit de la rate transformée en kyste hydatique. La portion saine, coiffe comme un casque, la face antéro-externe de cette énorme masse.

On n'a pas ponctionné les kystes, afin d'éviter la greffe des hydatides.

La rate enlevée pèse 1,100 grammes.

Les suites opératoires sont bonnes.

Cette observation, due à l'obligeance de M. Delore, assistant de M. le professeur Poncet, offre des difficultés considérables au point de vue du diagnostic, si bien qu'ici par opposition à ce que l'on a vu dans l'obs. I, c'est à un rein que l'on pense, alors qu'il s'agissait d'une tumeur de la rate, comme l'intervention l'a prouvé.

En faveur de la localisation rénale, il y avait le ballotement, très net, dit l'observation; les résultats de la palpation, qui décelait une tumeur très irrégulière ne pouvait servir d'arguments pour ou contre le rein. La tumeur était mate, mais il existait une sonorité assez nette en arrière, entre cette matité et la matité du rachis, c'était là évidemment un signe qui plaidait plutôt pour la localisation splénique; on conçoit d'ailleurs qu'on n'ait pu baser sur lui un diagnostic ferme et que la fréquence beaucoup plus considérable des tumeurs du rein,

malgré l'absence de tout signe urinaire, ait pu faire pencher la balance en leur faveur. Le kyste hydatique de la rate est en effet une lésion exceptionnelle.

On pourrait regretter seulement ici, de n'avoir pas pratiqué la séparation intra-vésicale des urines qui aurait pu fournir d'utiles renseignements.

OBSERVATION IV. — Publiée par M. Chauffard, dans le *Journal de Médecine interne*, Février 1903 (résumée).

Splénomégalie primitive tuberculeuse.

Homme de 47 ans, vigoureux, ne présentant pas l'aspect néoplasique, ayant l'air un peu amaigri, un peu affaibli.

Rien dans ses antécédents jusqu'il y a trois ans. A cette époque, il aurait eu une bronchite assez grave, avec fièvre, diarrhée sanguinolente qui dura sept mois. Il ne s'est pas complètement remis depuis, il était souvent fatigué, ayant de temps en temps des poussées fébriles et des douleurs dans le flanc gauche. Enfin il accusait quelque troubles digestifs, léger dégoût pour la viande et les graisses. Vers le milieu de novembre, la semaine avant son entrée à l'hôpital, apparaissent de nouveaux symptômes.

C'est d'abord un varicocèle du côté gauche, puis des douleurs violentes du même côté. Il va voir un médecin qui conclut à une tumeur et l'envoie à l'hôpital. Il entre chez le Dr Quénu qui pensa à une hypertrophie de la rate et nous confia ce malade pour un examen prolongé.

Palpation. — Révèle quelque chose de très gros dans le flanc gauche ; il existe à ce niveau une tumeur très volumineuse, ovoïde, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ; confinée en arrière dans la fosse rénale et arrivant en avant à peu de distance de l'ombilic en coupant obliquement le trajet costal. Cette masse est très dure, enclavée, non mobilisable. De plus dans sa partie antéro-

inférieure, il existe un état bosselé très manifeste. La masse est un peu douloureuse à la palpation, et la douleur persiste un certain temps après l'examen.

Examen. — Comme forme et direction d'ensemble, cette tumeur rappelle plutôt la forme d'une rate que celle d'un rein.

Mais d'autre part sur cet organe déformé, l'encoche du bord interne de la rate qu'on cherche en pareil cas, ne nous est pas donnée par la palpation. Nous n'avons pas non plus la forme polaire classique du rein et le hile rénal, pas plus que la dépression à pic signalée dans la plupart des cas de grosse rate.

De la sensibilité on ne peut tirer de renseignements.

Nous avons pratiqué l'insufflation du gros intestin pour tacher de faire apparaître l'anse de colon qui barre les tumeurs du rein ; mais nous n'avons pas vu immédiatement se dessiner au-devant de la tumeur, une anse colique distendue par le gaz, ce qui se constate dans le cas de gros rein. Nous avons eu un résultat douloureux ; ni anse, ni relief, ni gargouillement, le ventre seulement un peu plus sonore par le fait de la tympanisation abdominale produite par l'insufflation.

L'histoire clinique de ce malade, ne peut nous donner de renseignements bien nets. Il n'y a pas d'anémie splénique, il n'y a pas ce faciès profondément décoloré, cireux, que présentent les splénomégaliques. Il n'a pas non plus de syndrome rénal. Il n'a jamais eu de coliques néphrétiques, jamais d'hématurie, ni autre chose que l'existence d'un varicocèle et une excitabilité particulière de la vessie. Ce varicocèle est apparu récemment une semaine avant son entrée à l'hôpital. Mais pour nous ce n'est pas un symptôme pathognomonique de tumeur rénale, ce symptôme a été noté dans les cas de tumeur splénique.

Cet homme ne présentait rien du côté de son foie ; pas de douleur dans cette région, pas d'ictère ; il n'avait pas non plus de troubles spléniques ; on ne trouvait pas de ganglions sus-claviculaires, inguinaux, abdominaux.

L'examen du sang a montré qu'il n'y a ni leucémie, ni leucocythémie. Le chiffre des globules blancs est sensiblement normal ; on constate un peu de polynucléose. Le chiffre des globules rouges est un peu faible 3.592.000, indiquant un léger degré d'anémie.

Fonction urinaire. — L'élimination est sensiblement normale. Dans l'urine nous avons trouvé des globules blancs assez nombreux; mais il n'y avait pas de globules rouges. M. Schwartz a essayé de faire chez ce malade la séparation intra-vésicale des urines. Mais ce mode d'exploration a été impossible. Le malade est très nerveux, dès que la sonde a été introduite, sa vessie s'est tellement contractée qu'elle a réduit sa capacité à néant.

Pensant que nous avions à faire à une splénomégalie primitive tuberculeuse, nous avons fait une injection de tuberculine :

1^{re} Exper. — 1/10 de milligramme et la température est montée de 37, 2 à 38,8.

2^{me} Exper. — 2/10 de milligramme et la température est montée de 37,2 à 38,8.

Nous nous sommes donc arrêté au diagnostic de splénomégalie primitive tuberculeuse.

CONSIDÉRATIONS. — Dans cette observation, les signes physiques n'ont pas donné grand chose. Un des signes fonctionnels, que nous avons regardé comme très important, l'apparition d'un varicocèle récent, est regardé par M. Chauffard, comme de minime importance. Par contre, c'est en se basant sur la réaction thermique provoquée par l'injection de tuberculine que l'on a fait le diagnostic de splénomégalie tuberculeuse. N'y aurait-il pas lieu de faire certaines réserves ? Si cette réaction indique qu'il y a de la tuberculose quelque part, elle ne peut nous renseigner sur sa localisation, qui peut être aussi bien splénique que rénale. Bien que ce malade n'ait pas de passé urinaire, ni hématurie, ni pyurie, ce n'est pas cela qui peut nous faire rejeter le diagnostic de tumeur rénale, notre premier malade ne présentait lui aussi rien d'anormal dans ses urines.

La séparation des urines, qui aurait été d'un grand secours, n'a pu être pratiquée ici, et comme le disait M. Schwartz, qui avait essayé ce procédé, le fait d'une excitabilité si grande, était un symptôme très suspect au point de vue de l'existence d'une lésion rénale. L'insufflation du colon n'a rien donné; de l'analyse du sang on ne peut rien conclure, si ce n'est à l'existence d'une anémie légère.

Toujours est-il, que l'observation de M. Chauffard est très intéressante; elle nous montre une fois de plus les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'examen de ces tumeurs de l'hypocondre gauche.

Toutes ces observations ne nous ont pas fait envisager toutes les hypothèses possibles, elles nous ont seulement permis de montrer la difficulté du diagnostic dans ces cas et en particulier de mettre en vedette la valeur de certains signes différentiels.

Notre but n'était pas de faire le diagnostic de toutes les tumeurs de l'hypocondre gauche, ni le diagnostic de la nature d'une tumeur du rein ou d'une tumeur de la rate; nous voulions simplement rechercher par quels moyens, dans les cas difficiles, on pourrait rattacher au rein ou à la rate une tumeur de l'hypocondre gauche.

CONCLUSIONS

De cette étude nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Dans le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre gauche, il est parfois très difficile de différencier une tumeur du rein, d'une splénomégalie.

II. — Dans ce cas, les notions tirées de la forme et de la situation de la tumeur pourront ne pas être d'un grand secours. Il en est de même des résultats de la percussion. Le ballottement est nettement en faveur d'une tumeur du rein, mais ne constitue pas un signe pathognomonique.

III. — Un varicocèle d'apparition récente constitue un symptôme très important en faveur de la localisation rénale.

IV. — L'examen du sang devra toujours être pratiqué, il pourra parfois résoudre le problème.

V. — L'examen des urines est souvent infidèle. Mais il nous semble que leur séparation intra-vésicale doit être pratiquée dans les cas douteux et doit fournir des résultats très importants.

VI. — Quant à l'insufflation du colon, elle pourrait toujours être pratiquée en raison de son innocuité et de sa facilité d'exécution, et pourra donner un renseignement intéressant.

Le Président de la Thèse.

H. SOULIER.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN et IMBERT. — Les Tumeurs du rein. — 1903.
- APERT. — *Bulletin de la Société anatomique*. — 1896.
- ARLOING et P. COURMONT. — Le séro-diagnostic dans la tuberculose.
Gazette des hôpitaux. — 1900.
- BARJON et CADE. — Splénomégalie leucémique. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, — 1903.
- CADE et ANDRÉ. — Sarcome du rein simulant une splénomégalie. —
Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon. — 1903.
- CHAUFFARD. — *Journal de médecine interne*. — 1903. — Diagnostic
des tumeurs abdominales.
- CESTAN. — Tumeurs paranéphrétiques. — *Gazette des hôpitaux*. — 1896.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — 1901-1902.
- DURANTE. — *Bulletin de la Société anatomique*. — 1893.
- GAUCHER. — Epithélioma primitif de la rate. — Thèse de Paris. — 1882.
- HERESCO. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*. — 1898.
- JOSUÉ et HALBRON. — *Société médicale des hôpitaux*. — 1903. — Oscil-
lations leucocytaires chez les tuberculeux.
- LE DENTU. — *Bulletin de la Société de chirurgie*. — 1891. — Du faux
ballotement rénal.

- LEFAS. — *Bulletin de la Société anatomique*. — 1896.
- LEGUEU. — Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. — *Presse médicale*. — 1895.
- LEGUEU. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*. — 1898.
- LEGUEU. — Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein. — Congrès d'urologie, 2^{me} session. — 1897.
- MILIAN. — Cyrrhose hypertrophique de la rate. — *Bulletin de la Société anatomique*. — 1895.
- MOUTARD-MARTIN et LEFAS. — Splénomégalie tuberculeuse. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, — 1899.
- QUÉNU. — *Revue de chirurgie*. — 1903. — Maladie de Banti
- RENDU et WIDAL. — Splénomégalie tuberculeuse sans leucémie. — *Société médicale des hôpitaux*. — 1899
- SERGENT. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*. — 1903.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*.

